

DOI: 10.1590/S0080-623420130000600019

Estoy sola: la experiencia de las enfermeras en el cuidado del usuario de alcohol y drogas

ARTIGO ORIGINAL

ESTOU SOZINHA: A EXPERIÊNCIA DAS ENFERMEIRAS NO CUIDADO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E DROGAS

I AM ALONE: THE EXPERIENCE OF NURSES DELIVERING CARE TO ALCOHOL AND DRUG USERS

Lorena Bettancourt Ortega¹, Carla Arena Ventura²

RESUMEN

El propósito de este estudio es comprender cómo es ser enfermera vivenciando el cuidado de pacientes drogodependientes que ingresan al Servicio de Medicina de un hospital público de Chile. Se opta por un estudio de tipo cualitativo, de trayectoria fenomenológica, según el referencial de Martín Heidegger. La pregunta orientadora fue: ¿Cómo es cuidar a pacientes drogodependientes que ingresan en tu servicio? Los discursos de las enfermeras fueron interpretados bajo el referencial de Fenómeno Situado de Joel Martins. Después del análisis de las entrevistas, se identificó 3 temas que expresan el fenómeno: hablando del paciente drogodependiente, cuidando al paciente en un medio adverso, superando el miedo para cuidar. El estudio muestra la necesidad de capacitar al personal de salud en dependencia en alcohol y drogas para superar los preconceitos y mejorar el cuidado de estos pacientes.

DESCRIPTORES

Atención de enfermería
Alcoholismo
Drogas ilícitas
Fenomenología

RESUMO

O objetivo do estudo é compreender como é ser enfermeira vivenciando o cuidado de pacientes usuários de drogas que ingressam em um hospital público do Chile. Trata-se de estudo qualitativo, de trajetória fenomenológica, segundo o referencial de Martin Heidegger. A pergunta orientadora foi: como é cuidar de pacientes usuários de drogas que ingressam no serviço? Os discursos das enfermeiras foram interpretados com base no referencial do fenômeno situado de Joel Martins. Depois da análise das entrevistas, foram identificados três temas que expressam o fenômeno: falando do paciente usuários de drogas, cuidando do paciente em um meio adverso e superando o medo para cuidar. O estudo mostra a necessidade de capacitar o pessoal da saúde sobre o uso de drogas e álcool para superar o preconceito e melhorar o cuidado a esses pacientes.

DESCRIPTORES

Cuidados de enfermagem
Alcoolismo
Drogas ilícitas
Fenomenologia

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the experience of nurses who care for drug-dependent patients at a medical service of a public hospital in Chile. This is a qualitative study of phenomenological trajectory according to Martin Heidegger's framework. The study question was, What is the experience of taking care of drug-dependent patients admitted to your service? Nurses' reports were based on the concept of situated phenomenon reference by Joel Martins. After analyzing the interviews, we identified three themes that expressed this phenomenon: speaking about the drug-dependent patient, taking care of patients in an adverse environment, and dispelling the fear of care. This study shows the need to train health care professionals on dealing with alcohol- and drug-dependent patients in order to overcome prejudices and improve care delivered to these patients.

DESCRIPTORS

Nursing care
Alcoholism
Street drugs
Phenomenology

¹Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, Chile. lorena.bettancourt@uv.cl ²Profesor Asociado del Departamento de Enfermería Psiquiátrica y Ciencias Humanas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. caaventu@eerp.usp.br

INTRODUCCIÓN

Históricamente se ha evidenciado un aumento del consumo de sustancias que está acarreando problemas en todas las áreas del desenvolvimiento del hombre generando altos costos por el daño a nivel de salud, económico y social⁽¹⁾. En América Latina, un estudio muestra a Chile como el país con la mayor prevalencia de consumo de marihuana y alcohol y el segundo con mayor prevalencia de consumo de cocaína de la región⁽²⁾. Se estima que hay 246.132 personas con consumo problemático de sustancias ilícitas. Este número representa el 25,1% de los consumidores de último año de marihuana, mientras que la proporción de los consumidores de pasta base y cocaína con dependencia es de 43,8% y 22,7%, respectivamente. Con respecto al alcohol, 22,7 % de la población declara consumo de esta sustancia con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana y el 14,4% de los hombres entre 19 y 25 años declararon abuso⁽³⁾.

El Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible realizado en Chile de 2007 mostró que la dependencia de alcohol es la cuarta causa de años de vida potencialmente perdidos⁽⁴⁾. Por otro lado, también hay estudios que relacionan el consumo a otras patologías tales como cáncer, infarto, accidentes vasculares; problemas hepáticos y trastornos neuropsiquiátricos; como también accidentes y eventos traumáticos que tienden a producirse en grupos más jóvenes⁽⁵⁾.

Considerando este escenario, en Chile, los esfuerzos por mejorar el consumo problemático han sido canalizados a través de planes de salud pública como la estrategia nacional de drogas y alcohol, del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y de la aprobación de la Ley 20580 que modifica los niveles permitidos de alcohol a la hora de conducir, lo que ha contribuido a disminuir las muertes y violencias relacionadas al problema⁽⁶⁾.

En el año 2000, el modelo de atención de salud mental, en consonancia con cambios en otros países de América Latina, traslada el eje desde la estructura física de un consultorio, hospital, a prestaciones entregadas por entes cercanos al usuario, que deben articularse a modo de asegurar la diversidad e intensidad de las atenciones requeridas, la continuidad de los cuidados en los distintos niveles y el acceso a medidas de promoción y protección de la salud⁽⁶⁾. En este modelo, el usuario de salud mental y drogas sería un usuario de la red, y tendría, por lo tanto, acceso a estos servicios, articulados entre sí para responder a sus necesidades, en cualquier estado de su proceso de salud – enfermedad.

A pesar de estos cambios, investigaciones señalan que el gasto en recursos humanos es aún muy bajo. Además, hay evidencia que en la red de hospitales y servicios hay resistencia al cambio del modelo, falta de capacitación e

insuficiencia de planes de desarrollo que permitan dar continuidad a un trabajo en red. De esta forma, algunos estudios indican que los derechos de acceso y prestaciones no han tenido eco en la población general ni en los profesionales de salud que ejercen el cuidado de los usuarios⁽⁷⁻⁸⁾ y que, sin duda, estos cambios han significado nuevos desafíos para los profesionales de enfermería.

En ese sentido, en otros países con realidades similares, se observa una falta de conocimientos sobre el manejo clínico del paciente que presenta abuso y dependencia a sustancias. Este manejo es aún con énfasis en lo físico de las necesidades y muchas veces no tiene en cuenta los aspectos psicológicos y emocionales de la persona vulnerable que consulta⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Se verifica, en algunas situaciones, una actitud negativa hacia el paciente y a la evolución del cuadro en el tiempo⁽¹¹⁻¹³⁾. Además de la importancia del tema, se han encontrado pocos estudios referentes a la temática⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

y, dentro ellos, una revisión bibliográfica describe que las creencias y actitudes de los profesionales de enfermería, asistenciales y gestores ante los drogodependientes y las drogas difieren según factores individuales y experiencia personal, destacando una carencia de instrumentos que valoren las actitudes. En ese sentido, este estudio también concluye que es importante la formación del personal para mejorar la calidad asistencial y el desarrollo de investigaciones cualitativas que profundicen en este campo⁽¹⁶⁾.

En Chile, el tema no se ha abordado en profesionales de enfermería, con la intención de acercarse a la comprensión de la realidad de los servicios, para, desde allí, observar sus problemáticas concretas. De esta forma, esta investigación se plantea con el objetivo de saber cómo se realiza el cuidado que las enfermeras otorgan a pacientes usuarios de drogas que consultan

en los servicios clínicos de un hospital general de Chile. En síntesis, saber cómo es el cuidado que están otorgando las enfermeras al usuario de drogas que consulta en sus servicios clínicos; saber cómo se relaciona intersubjetivamente la enfermera con el usuario de drogas que consulta en su servicio y cuáles son las necesidades de la enfermera para brindar un cuidado de calidad al usuario.

MÉTODO

Esta investigación busca comprender la experiencia vivida por la enfermera a partir de su propia perspectiva. Para tanto, la fenomenología de Martín Heidegger resulta pertinente, ya que busca, sin prejuicios ni teorías, investigar, comprender e interpretar al ser enfermera que brinda cuidado, como experiencia concreta y como sujeto consciente. De esta manera, en esta investigación se busca atribuir significado, conforme la propia visión de mundo-vida de

...las creencias
y actitudes de
los profesionales
de enfermería,
asistenciales y
gestores ante los
drogodependientes
y las drogas difieren
según factores
individuales y
experiencia personal,
destacando
una carencia de
instrumentos que
valoren las actitudes.

las enfermeras, según sus costumbres, saberes y valores, vividos intersubjetivamente con los otros⁽¹⁷⁾.

Siendo así, participaron de este estudio un grupo de 6 enfermeras/os que laboran en el Servicio de Medicina de un Hospital público de Chile y que brindan cuidado a usuarios de sustancias psicoactivas. Para la recolección de datos, se realizó una entrevista fenomenológica, con la siguiente pregunta orientadora abierta ¿Cómo es para ti la experiencia de cuidado de los usuarios de drogas psicoactivas? Las entrevistas fueron realizadas en los meses de enero y febrero de 2012.

Se solicitó a las enfermeras que expresaran libremente sus vivencias sobre el tema interrogado, de tal manera que el discurso surgió espontáneamente. Previamente a las entrevistas, se obtuvo las autorizaciones administrativas al Director del Servicio de Salud, al Director del Hospital y a la Subdirectora del Cuidado del mismo Hospital. La autorización de tipo ético se obtuvo del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso Acta evaluación N° 18, protocolo N° 29/2011⁽¹⁸⁾.

Se les solicitó a los informantes firmaren un consentimiento informado y esclarecido, así como la ficha de consentimiento. Se interrogó en una sola oportunidad, de tal modo que el sujeto expresó su punto de vista en el momento, emergiendo espontáneamente su discurso. Los discursos fueron enumerados del 1 (uno) al 6 (seis), precedidos de la letra E (entrevista) E1, E2, y así sucesivamente⁽¹⁸⁾. En investigaciones cualitativas fenomenológicas, el número de enfermeras entrevistadas no puede establecerse a priori. Con 6 sujetos se consideró que la pregunta fue satisfactoriamente respondida. Las entrevistas se realizaron en el servicio clínico o donde los participantes estimaran conveniente, en horario que al profesional le acomodara. Los discursos fueron grabados, fielmente transcritos y posteriormente revisados con los informantes para verificar que lo expresado fuera realmente lo que quisieron compartir.

En este contexto y de acuerdo a las interrogantes que basaron esta investigación, fue elegido el análisis cualitativo del fenómeno situado⁽¹⁹⁾. Situar el fenómeno en su propio mundo en términos fenomenológicos significa colocarlo entre paréntesis, esto es conocido en la fenomenología como *epoche*, que significa colocar en suspensión las creencias y valores sobre la existencia del fenómeno que está siendo interrogado. Después de ello, se procura describir tan precisamente como es posible, dejando de lado cualquier hipótesis, presupuesto o teoría, buscando exclusivamente aquello que se muestra. De esta forma, los discursos fueron analizados aplicando los momentos de la trayectoria del fenómeno situado: descripción, reducción y comprensión⁽¹⁹⁾.

Durante la descripción, a medida que el investigador se iba familiarizando con las descripciones, a través de repetidas lecturas sobre su contenido, surgieron unidades de significado atribuidas por el investigador, conforme su óptica de tal forma a sistematizar lo vivido por el sujeto,

en relación a lo esencial del fenómeno. La reducción fenomenológica es la decisión de colocar en suspenso, entre paréntesis y como fuera de acceso, las propias creencias y valores sobre la existencia del fenómeno que está siendo interrogado. No se opta por negar, si por comprender y explicar todas las afirmaciones espontáneas del sujeto.

Así, este estudio trató de tornar claros los discursos o traer a la luz los puntos significativos, buscando su esencia y mostrando lo que surge, tal como es. Cuando las descripciones convergieron, esto es, cuando fueron encontradas repeticiones en los discursos, se puede decir que el fenómeno ya se mostró y se llegó a la expresión de los significados esenciales y el discurso fue esclarecedor⁽¹⁹⁾. En ese momento, la preocupación del investigador fue cómo piensa el sujeto sobre la pregunta y cuál fue el significado por él atribuido.

El análisis nomotético⁽¹⁹⁾ fue elaborado solo después que finalizaron estos análisis individuales de todos los discursos. Fue desarrollado, por lo tanto, un análisis global, en búsqueda de las generalidades del fenómeno interrogante. Se trató de realizar las convergencias y las divergencias entre las unidades encontradas en los diferentes discursos, como también revelar las individualidades en cada uno. Las convergencias pasaron a caracterizar la estructura general del fenómeno, las divergencias e idiosincrasias indicaron percepciones individuales.

Una vez cumplido el análisis del fenómeno, los resultados fueron los significados atribuidos por las enfermeras sobre la experiencia de cuidado de los consumidores de sustancias psicoactivas en un hospital público de Chile.

RESULTADOS

Las enfermeras que participaron del estudio eran mujeres, con edades fluctuando entre 25 y 45 años, con más de un año de experiencia en el servicio y que atendían a patologías médicas en su mayoría.

A partir de las vivencias de las enfermeras participantes se reveló el fenómeno de cuidado de pacientes drogodependientes. Este involucra tres aspectos importantes, sintetizados en las categorías: 1. Hablando del paciente drogodependiente, 2. Cuidando al paciente en un medio adverso, 3. Superando el miedo para cuidar.

Hablando del paciente drogodependiente

Las enfermeras del servicio tienen una idea muy clara de la situación de las personas que ingresan a su servicio. De esa forma, ellas los describen como un usuario difícil, que distorsiona la dinámica de su unidad, no deseable, complejo en el que confluyen problemas físicos, mentales y espirituales.

Se ha incrementado la cantidad de pacientes drogodependientes(...) asociado a patologías (...) una crisis hipertensiva, o algún trauma, algún choque(...), heridas cortopunzantes,

nos llegan al servicio, o pacientes psiquiátricos que también son drogodependientes (E2).

Perciben aún que se está viendo más frecuentemente el abuso de alcohol y drogas en el servicio, por el mayor acceso y aumento de la patología psiquiátrica en gente joven.

...ahora es más frecuente, hay más acceso a(...) drogas, alcohol... hay más patologías psiquiátricas, en gente joven,...), intentos de suicidio, con un componente entre depresivo, entre obsesivo, entre... psiquiátricos de por medio... (E3).

Habitualmente los usuarios comienzan a consumir por influencia de amigos o tienen problemas familiares o de pareja y escalan poco a poco. Justifican el consumo buscando *pasar las dificultades*, evadir la realidad y calmar la angustia.

... toda la gente justifica, toman cerveza todo el día y se pasa bien. Las marcas incitan a que los jóvenes consuman alcohol, la mujer bonita que sale en la cerveza, entonces, lo que más vemos nosotros es daño hepático, es casi normal, en las festividades hay que tomar y yo encuentro que es una súper buena ley de tolerancia cero de alcohol (E2).

Las enfermeras también asocian frecuentemente el consumo a pacientes en riesgo social, en situación de calle. Frecuentemente el personal de salud estigmatiza al consumidor, lo cataloga como que *disfruta el momento* y pone poco esfuerzo en el tratamiento de la adicción. Las mismas enfermeras observan esta situación:

...llegan pacientes de todos los niveles socioeconómicos ...cuando llega el paciente, ya sea daño hepático por OH o hemorragia digestiva, de los médicos y de nosotros también, los estigmatizamos con eso, y es que nosotros mismos quizás nos colocamos en que, se la buscó y ahora está así por eso', no hay nada más que hacer. Yo creo que eso no debería ser (E6).

La situación más compleja que les toca vivir a las enfermeras y al equipo es el manejo clínico del síndrome de privación de alcohol y drogas que se presenta una vez que ingresan, ya que los pacientes se tornan agresivos y es necesario contenerlos físicamente y sedarlos.

... cuando vemos que empiezan el síndrome de privación, siguen con agitación, con compromiso del estado general, del ciclo, como toda la parte orgánica ahí se tiene que compensar el tratamiento psiquiátrico con la parte de medicina interna...(E4).

Cuidando al paciente en un medio adverso

La enfermera afirma que el Servicio de Medicina no está preparado para el manejo de usuarios de drogas psicoactivas porque, entre otros, hay falta de capacitación del personal.

El servicio no está preparado para eso, (...) no sé si preparado para el manejo porque no hay capacitación,...) (E1).

En ese escenario, las enfermeras se agotan, se sienten solas y no sienten apoyo por parte del personal que labora en el servicio ni apoyo de las jefaturas. De esa forma, se hacen cargo sin el apoyo de los médicos tratantes o psiquiatras que puedan indicar sedación o contención de pacientes agresivos. También, hay poco personal masculino disponible que ayude. La falta de formación de enfermeras especialistas en cuidados a drogodependientes sería una fuente de ansiedad y estrés.

(...) como no hay médicos quedamos solas entonces no hay ni siquiera un médico que nos indique algo para administrar (E1).

Afirman también que la infraestructura del hospital no es la adecuada para recibir a este tipo de pacientes. No hay salas especiales y los pacientes se mezclan. Sin embargo, ha habido intentos de organizar el cuidado en salas especiales y el nuevo jefe de servicio indicó que hubiera camas asignadas para ellos.

...nos falta capacitación, implementos, falta que la institución, se manifieste con estos pacientes, que el gobierno se manifieste, que nos den instancias de personal calificado, salas específicas, que nos garanticen que los medicamentos van a estar, que no vamos a tener que rogar (E3).

No existen en servicio protocolos para el cuidado de pacientes drogodependientes o psiquiátricos con síndrome de privación. Las enfermeras piensan, así, que es necesario un protocolo de actuación, ya que han aumentado los casos. Resaltaron, también, que algunas de ellas se han encargado de su revisión pero sin continuidad.

que exista un protocolo establecido, creo que debieran mejorar eso, debiera existir un protocolo porque son muchos los pacientes que llegan sobretodo sector de medicina hombres o mujeres que son más adolescentes y eso le falta al servicio (E4).

Frecuentemente han tenido problemas de convivencia con pacientes y familiares porque se asustan y no entienden la realidad de los consumidores, la necesidad de inclusión. En ese sentido, las enfermeras reciben reclamos porque los usuarios de droga gritan en las noches, agreden al personal y los exponen a situaciones de riesgo. Esta situación se transforma en más carga laboral. En este punto es importante controlar estas fuentes de agresividad física o psíquica para disminuir los conflictos en las relaciones interpersonales y potenciar las habilidades sociales en el proceso de cuidar.

(...)los pacientes también reclaman llegaban cartas (...) cartas de reclamo (...) que ellos se exponen, (E1).

En este contexto, se destaca que no están organizadas las redes de apoyo en el hospital que permitan manejo post alta para recibir tratamiento especializado. Si alguien quiere recibir terapia, no consigue ayuda ahí. Las instancias de derivación de usuarios no son suficientes, faltan horas y medicamento. Faltan más centros de ayuda y mayor

conciencia, fomento de la integración para perder el miedo para humanizar el cuidado y comprender su situación.

Falta apoyo del servicio de salud en mejorar o aumentar los cupos, se podría mejorar, tener mayor intervención como salas u hospitalizaciones diurnas, el Salvador cumple ese rol, pero los cupos son muy escasos (E2).

Sin embargo, piensan que el problema debería abordarse de manera interdisciplinar, aumentando los recursos de personal e insumos que permitan mejorar la seguridad del paciente en la administración de medicamentos y registros.

... encuentro que faltan más centros de inclusión, para este tipo de paciente, (...) poderlos incluir en la sociedad, conocerlos, que no nos den miedo, que no, nos sentimos atemorizados, sino que tengamos el manejo de cómo tratarlos porque ellos son personas, son humanos igual que nosotros, necesitan la comprensión, yo creo que a la población le falta eso también (E5).

Superando el miedo para cuidar

Brindar cuidado es una experiencia bastante compleja y difícil, porque no se siente preparada psicológicamente para enfrentar al usuario que consulta. Está acostumbrada a manejar otras patologías.

Es complejo, estamos acostumbrados a manejar pacientes crónicos, diabéticos con neumonía, eh, otro tipo de patologías (E6).

Siente incertidumbre ante el síndrome de abstinencia, de saber cómo se presentará, que pasará, y sufre imaginando cómo reaccionarán. Le da miedo la fuerza incontrollable, medicar, contener, porque puede causar más daño al paciente. Entonces, inventa estrategias de cuidado para no dañar. Para ella, no es aceptable la sedación, porque también es una droga que intoxica, siendo necesario disminuir las dosis.

cuando llegan y se agitan a uno le da miedo porque se descompensan, quieren pegarle a todos, me da miedo, rechazo al principio y digo: ya llegó un paciente alcohólico drogodependiente cómo lo voy a manejar, pero después cuando se estabilizan, ver la parte emocional, de apoyarlos, cómo poder reinsertarlos socialmente, cuando son jóvenes sobretodo (E4).

La enfermera, en el primer encuentro con el paciente, relata que siente miedo, rechazo a la persona, porque ese cuidado implica para ella un mayor trabajo y carga laboral, debiendo adaptar el cuidado de enfermería. Tiene miedo de ser agredida cuando están con síndrome de privación. Este conflicto de valores podría explicarse porque por un lado deben brindar un cuidado comprometido, compasivo, solidario y por otro sienten frustración, ira y negación de ayuda. En un segundo momento ella trata de ponerse en el lugar del paciente y su familia, conectarse, comprender esa vivencia y brindarles apoyo emocional, calmar la angustia y aclarar dudas.

(...)dentro de la relación que uno puede tener enfermera-paciente, uno se pone en el lugar de la persona, uno nunca puede decir, 'esto no me va a pasar a mí o a un miembro de mi familia'(E6).

La comunicación con el paciente es difícil, agota, cansa, porque son agresivos, están todos juntos y el familiar reclama, no quiere cuidar de ellos. Ella piensa que como enfermera debe atenderlo igualmente, lo debe ayudar, debe adaptarse, estar bien con el paciente, con el personal, y los demás pacientes de la sala. Se ve en una encrucijada que le provoca estrés y sobrecarga laboral.

(...)entonces uno se siente como jefa con esa duplicidad, quiero mantener a mi equipo tranquilo y a los pacientes también, que puedan descansar, también incurro en hacerle más daño, ahí, quedo con esa encrucijada. (...) me echo a todo el mundo encima (...) paciente lo vamos a contener, ponle un diazepam y lo dejo tranquilo (E2).

Siente que la ayuda que recibe es insuficiente por parte de las estructuras y otros profesionales para manejar a los pacientes.

para la enfermera se le hace difícil, (...) el paramédico es que en general no tiene mayor manejo. Todos quieren, que el paciente no moleste, no se mueva, y para eso, tu equipo de trabajo, te exige que lo mantengas dopado (E2).

Cuando llegan pacientes jóvenes a su servicio, ella trata de entender por qué consumen. Le preocupa, se angustia como será el futuro de pacientes y profesionales consumidores de droga. Quiere ayudar a que tome conciencia y vele por su salud, pero el paciente no lo hace y recae.

yo personalmente cuando son pacientes jóvenes que llegan por intento de suicidio preguntarles, yo me pregunto por qué llegó a consumir otro tipo de drogas, esa es como la mayor cercanía que he tenido con ellos te cuentan generalmente las vivencias personales, que tienen problemas en la casa a veces no es que sean familias disfuncionales (E4).

Le afecta, porque tuvo una situación familiar y se imagina como es para la familia y los pacientes y trata de explicar a sus compañeras y cuando tratan de hablar entre ellas, se cuestionan como ayudar sin herramientas. Piensa que las enfermeras deben sensibilizarse, concientizarse para poder apoyar.

es que nosotros tratamos de conversar, apoyarnos, analizar las situaciones porque es la única forma de seguir y tratar de explicarle a la gente (E3).

DISCUSIÓN

Como respuesta a la pregunta cómo es ser enfermera y cuidar de pacientes drogodependientes en un hospital público de Chile, el discurso de las informantes de este estudio fueron llenos de significados que convergieron inicialmente para el paciente drogodependiente y las características que lo distinguen de los otros pacientes, para después involucrar una reflexión de su rol como enfermera

y cuidadora de estas personas en un ambiente adverso y que las lleva a sentir miedo, pero al mismo tiempo, a buscar medios para superarlo.

En este sentido, el Dasein es el ser- en el mundo, un ser que no está solo, es el ser-con (Dasein-con) siendo así un ser de relación. El ser es una manera de relacionarse, sentir, pensar, actuar, vivir con sus semejantes en el mundo compartiendo. Este coexistir con el otro posibilita condiciones para comprender la experiencia del otro y ver lo que ve a través de sus gestos, de su modo de ser y de su lenguaje⁽¹⁹⁾.

En este estudio, las enfermeras se muestran inseguras en el actuar con el paciente dependiente de alcohol y drogas. Inicialmente, al *hablar del paciente drogodependiente*, demuestran una sensación de displacer asociada a pérdida de control y autoridad⁽¹⁸⁾, una vez que están en una situación de incertidumbre que le provoca angustia y miedo⁽¹⁸⁾. Lo que es temido es la coexistencia con el otro, cuando la enfermera debe compartir su yo de forma plena y espontánea.

Hay dos modos en que la enfermera está involucrada en el mundo. Uno es estar completamente involucrada o sumergida en la actividad diaria sin notar su existencia, cuando el trabajo se hace rutinario porque lo ha aprendido en su cultura. Así, por ejemplo, cuando la enfermera está en el hospital, su trabajo es brindar cuidados de enfermería a pacientes adultos que ingresan a su servicio de una forma rutinaria, estable. Otra forma de estar en el mundo, es estar consciente de su existencia. Cuando ocurre un incidente en el trabajo, como cuando ocurre el ingreso de un usuario de drogas que presenta síndrome de privación, ella se hace consciente de todos los detalles de su existencia, que antes pasaban desapercibidos. Esto se evidencia por ejemplo cuando debe cuidar a pacientes donde la comunicación es difícil y debe adaptarse a la situación, un mundo – vida distinto al suyo, en que su trabajo se ve limitado por una serie de dificultades, tanto administrativas propias del servicio público, como de conocimientos para afrontar las situaciones y lidiar con el complejo, que cambia la dinámica de su trabajo diario, al *brindar el cuidado al paciente drogodependiente en un medio adverso*.

Estas dificultades también son tratadas en un levantamiento sobre la producción científica referida al tema en el que concluye que cuanto mayor el desconocimiento, mayores serán las actitudes negativas de los profesionales⁽¹⁰⁾. Además de la falta de conocimiento, también percibimos la falta de infraestructura del hospital y de protocolos para el cuidado de pacientes con síndrome de privación.

La enfermera, por su parte, en su quehacer profesional, involucra su modo de ser, su experiencia, lo que se expresa en los discursos en que ellas relatan como ha sido su desarrollo profesional y la experiencia adquirida en el cuidado

de estos usuarios. El estar situado implica que la persona tiene un pasado, un presente y un futuro y que todos los aspectos influyen en su situación actual. Siendo así, el cuidar de pacientes drogodependientes en el presente es alimentado por los significados del pasado y enriquecido por la anticipación del futuro⁽¹⁷⁾.

Heidegger también desarrolla el concepto de cuidado, de ser- con en el mundo preocupándose por los otros. En esta perspectiva, el cuidado tiene doble significado y estos significados son posibilidades conflictivas⁽¹⁷⁾. Según el autor, el cuidado lleva el significado de interés o cuidar-de, atendiendo y preocupándose genuinamente por los pares. Entonces, es cuidar del usuario de drogas, dejando que el sujeto muestre su verdadero ser. Como un dejarlo ser, que lleguen a ser lo que son, desarrollando todas las potencialidades del ser⁽¹⁷⁾.

La enfermera puede, entonces, se involucrar en el cuidado, sabiendo que puede ser capaz de ayudar al otro a crecer a su ritmo, a salir de la dependencia, estableciendo una relación de convivencia e interacción. Esto coincide con otros estudios que muestran que habría una actitud más sensible por parte de los profesionales cuando conocen la problemática por historias e vida u otras experiencias cercanas⁽²⁰⁾.

Otras veces el cuidado de la enfermera se ejecuta de manera tecnicista, de forma inauténtica, viendo las necesidades de su paciente de manera funcional, restringiéndolo física o a través de medicamentos, de manera a hacer bien el servicio a visión del equipo de salud, pero llevando a considerar al usuario como una *cosa* a la cual debe *cuidar*, desconociendo en él voluntad propia. En esta situación, el usuario es objeto de interés y no de servicio⁽¹⁷⁾ y no permite al paciente desarrollar todas las potencialidades.

En este contexto, las enfermeras de este estudio, en un segundo momento en el proceso de cuidar, buscan *superar el miedo*, poniéndose en el lugar del paciente y procurando comprender esta vivencia al cambiar un cuidado técnico a un cuidado de ser-con⁽²¹⁾. Sin embargo, sus dichos indican claramente muchas barreras personales y profesionales, relacionadas a la cultura organizacional del servicio y a la falta de una estructura adecuada, para que puedan en la práctica superar los obstáculos y ofrecer un cuidado auténtico y humanizado, que considere el paciente usuario de drogas como un real sujeto en el proceso de cuidado de enfermería.

CONCLUSIÓN

El acceso de pacientes drogodependientes en los hospitales generales de Chile desde la puesta en marcha del plan de salud mental es cada vez más común, generando diversas dificultades. El ser enfermera en un medio adverso, caracterizado por la falta de infra estructura necesaria, falta de capacitación especializada a los recursos humanos, fallas en el trabajo multidisciplinario genera diferentes sentimientos,

en que se destaca la impotencia y el conflicto de valores, el prejuicio al paciente y a su problemática, el miedo de lidiar con la diferencia y la búsqueda de opciones para brindar un cuidado de calidad, bien como de los propios usuarios y sus familias.

De esta forma, este estudio demostró que en el cuidado a pacientes usuáries de drogas son demandadas nuevas capacidades a las enfermeras para la resolución de problemas concretos y a veces complejos que acontecen en el trabajo del cuidado de enfermería cotidiano, exigiendo, además de capacitación técnica, capacidad de resolver problemas, iniciativa, creatividad, habilidades de comunicación efectiva con el paciente, familias y equipo de salud, aceptación de la diversidad y la búsqueda del trabajo en equipo.

En este contexto, es fundamental fortalecer en las mallas de los futuros profesionales el modelo de salud mental comunitario, potenciando el trabajo interdisciplinar, la formación en aspectos éticos y en modelos de cuidado que permitan explicar los fenómenos humanos desde otras perspectivas.

Es necesaria una mayor producción de evidencia que permita a los profesionales a brindar mejor calidad de los

cuidados a este grupo de pacientes y en este escenario multifactorial, la fenomenología se presenta como una visión que puede ayudarlos al entendimiento del fenómeno de las adicciones, al acercamiento de estos usuarios, bien como a la mejor comprensión de sus aprensiones personales. De esta forma, al conocer mejor a sí mismos y su rol en el cuidado, el enfermero considera al otro, consumidor de drogas, como un ser humano que vive un problema de salud complejo merecedor de cuidados y a quién se cuida auténticamente, no solo desde el punto de vista de la desintoxicación, sino desde la asertividad, buscando también el encuentro mutuo en la relación terapéutica para iniciar el camino de la recuperación de la adicción.

Siendo así, es importante seguir estudiando mas como se viven los procesos de cuidado al interior de los servicios de salud y que insumos necesitan los profesionales de enfermería para llevar a cabo su labor de forma satisfactoria. Se hace también fundamental educar urgentemente a la población y la familia de los usuarios de drogas en el tema de la inclusión de los usuarios de alcohol y drogas al sistema de salud general. Con ellos se puede contribuir para disminuir la exclusión y los preconceptos existentes en la trama social que resulten en una mayor atención y acción positiva en favor de este grupo.

REFERENCIAS

1. Chagas FG, Ventura CA. Cooperação internacional em prevenção do uso abusivo de drogas no Brasil. SMAD Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drogas [Internet]. 2010 [citado 2012 ago.12];6(1):1-20. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38702/41553>
2. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2010 [Internet]. New York: ONU; 2010 [cited 212 Aug 12]. Available from: http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf
3. Chile. Ministerio del Interior y Seguridad Publica. Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2010: principales resultados [Internet]. Santiago: CONACE; 2011[citado 2012 ago. 12]. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/06/novenoestudionacional2010.pdf>
4. Chile. Ministerio de Salud. Informe Final. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007 [Internet]. Santiago; 2008 [citado 2012 ago. 12]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/Informe%20final%20carga_Enf_2007.pdf
5. Santos AM, Silva MR. The experience of caring for an alcoholic woman in the family. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2013 May 17];46(2):364-71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200014&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
6. Chile. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría [Internet]. Santiago; 2011 [citado 2011 ago.11]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b628460e04001011f01239d.pdf>
7. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Rev Panam Salud Publica. 2005;18(4-5):346-58.
8. Waldow VR, Borges RF. The caregiving process in the vulnerability perspective. Rev Latino Am Enferm. 2008;16(4):765-71.
9. Paes MR, Matfum MA, Mantovani MF. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clinico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(2):277-84.
10. Soares J, Vargas D, Oliveira MAF. Atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde diante do álcool, alcoolismo e do alcoolista: levantamento da produção científica nos últimos 50 anos. SMAD Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drogas [Internet]. 2011 [citado 2012 ago. 12];7(1):45-52. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38739/41594>
11. Vargas D, Luis MA. Alcohol, alcoholism and alcohol addicts: conceptions and attitudes of nurses from district basic health centers. Rev Latino Am Enferm. 2008;16(n.spe):543-50.
12. Vázquez A, Stolkiner A. Procesos de estigma y exclusión en salud: articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. Anu Investig. 2009;16:295-303.

-
13. Cruz MS, Silva Filho JF. A formação de profissionais para a assistência de usuários de drogas e a constituição de um novo hábito de cuidado. *J Bras Psiquiatr*. 2005;54(2):120-6.
 14. Meza-Benavides M, Furegato ARF. Experiencias y significados sobre el fenómeno de las drogas en estudiantes de enfermería. *Rev Latino Am Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2012 ago. 22];19(n.spe):691-8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/05.pdf>
 15. Molina J, Hernandez D, Sanz E, Clar F. Impacto de las actitudes de las enfermeras en la calidad de los cuidados en drogodependientes. *Index Enferm*. 2012;21(4):214-8.
 16. Diaz-Heredia LP, Munoz-Sanchez AI, Duran-de Villalobos MM. Recuperación de la adicción al alcohol: una transformación para promover la salud. *Aquichán* [Internet]. 2012 [citado 2013 jun. 28];12(2):122-33. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2014/pdf>
 17. Heidegger M. *El ser y el tiempo*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica; 1998.
 18. Universidad de Valparaíso Chile. Dirección de Investigación. Normas para la investigación que involucre datos personales [Internet]. Valparaíso; 2012 [citado 2012 ago. 12]. Disponible en: <http://investigacion.uv.cl/index.php/normativayprocesos.html>
 19. Martins J, Bicudo MA. *A Pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos, recursos básicos*. 2ª ed. Blumenau: Moraes; 1994.
 20. Chinea González MC. Conflictos éticos derivados de cuidar a pacientes drogodependientes. *ENE Rev Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2013 jun.28];6(1). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/11/10>
 21. González Ortega Y. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Aquichán* [Internet]. 2007 [citado 2013 ago. 13];7(2):130-8. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/108/216>